

تبیین تجارب پزشکان اورژانس از موانع گرفتن شرح حال و انجام دقیق معاینه فیزیکی بیمار: یک مطالعه کیفی

علی پورقره خان^۱، داود حکمت پو^{۲*}، نبی مهدویان^۳، مهین زارعی^۴، ام البنین کریمی^۵

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۸/۰۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۶

چکیده

مقدمه: اخذ شرح حال کامل و انجام معاینات فیزیکی، به پزشک کمک می‌نماید تا ضمن تشخیص صحیح بیماری، برنامه مراقبت و درمان بیمار را به درستی طراحی کند. با توجه به تأثیر عوامل زیاد در شرح حال نویسی، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب پزشکان اورژانس از موانع اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی دقیق بیمار انجام شده است.

روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوا بود. مشارکت‌کنندگان ۱۸ نفر از پزشکان دانشگاه علوم پزشکی کردستان بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختارمند بود که با موافقت مشارکت‌کنندگان پس از هر مصاحبه ضبط و به سرعت بازنویسی و تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوی استفاده شد.

یافته‌ها: از تجارب پزشکان، کدهای اولیه موانع شرح حال‌گیری و معاینه دقیق بیمار در اورژانس شناسایی و با توجه به شباهت‌ها در هم ادغام و سپس پنج کد ثانویه یا موانع اصلی استخراج شدند: موانع آموزشی، موانع فرهنگی، موانع مادی، عدم آگاهی به مسایل قانونی و نقص سیستم اجرایی و نظارتی.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده پنج مانع اصلی در شرح حال‌گیری و معاینه دقیق بیمار بود. مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که رفع این موانع، نیازمند توجه و نظارت دقیق بر فرآیند شرح حال‌گیری و معاینه فیزیکی دقیق بیمار در بخش‌های اورژانس و آموزش مستمر علمی و فرهنگی پزشکان و جامعه می‌باشد.

کلید واژه‌ها: تحلیل محتوا، تجارب پزشکان اورژانس، معاینه فیزیکی بیمار، مطالعه کیفی

مقدمه

اهمیت شرح حال به حدی است که حتی در غیاب معاینات بالینی و نتایج آزمایشگاهی، پزشکان را در بیش از هشتاد درصد موارد به تشخیص صحیح راهنمایی کرده‌است (۱،۲). ثبت یافته‌ها در طی مدت بستری، سیر بیماری و خلاصه‌سازی پرونده از اصولی‌ترین بخش‌های مدارک پزشکی می‌باشند که تهیه و تنظیم این گزارشات علاوه بر کمک به تشخیص و اداره بیمار در طی مدت بستری، از عواقب نامطلوب پزشکی، اقتصادی و قضایی برای بیمار، پرسنل پزشکی و بیمارستان پیشگیری می‌نماید (۷-۳). با توجه به اهمیت موضوع و لزوم اخذ شرح حال دقیق از بیماران، تاکنون روش‌های متعددی طراحی و اجرا شده و بهبود روش‌های اخذ شرح حال یکی از دغدغه‌های دانشکده‌های معتبر پزشکی دنیا بوده است و همیشه نحوه اخذ آن یکی از امتحانات مهم ورودی دانشگاه

* نویسنده مسئول: داود حکمت پو، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک. اراک، ایران.
dr_hekmat@arakmu.ac.ir

علی پورقره خان، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

نبی مهدویان، دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

مهین زارعی، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

ام البنین کریمی، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

معتبر دنیا در زمان اخذ پذیرش برای ادامه تحصیل است. (۸-۹). در مطالعه‌ای که در بیرجند در سال ۱۳۹۰ انجام شد، بالاترین میانگین نمره از عوامل انگیزشی در گرفتن شرح حال مربوط به گزینه‌ی "گرفتن شرح حال پایه‌ای برای تشخیص درست و درمان" بود و بالاترین میانگین نمره از عوامل بازدارنده در گرفتن شرح حال مربوط به گزینه‌ی "گرفتن شرح حال تنها برای انجام رفع تکلیف بود". در بررسی عملکرد در معاینه فیزیکی، ۹۵ درصد دانشجویان بیمار را مشاهده و لمس کرده بودند ولی تنها ۱۶/۲ درصد آنان معاینات دقیق را انجام داده بودند (۱۰). در مطالعه دیگری که در دانشگاه علوم پزشکی سمنان توسط کاهویی و همکاران انجام شده میزان آگاهی و عملکرد دستیاران و دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به مستند سازی مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار از دیدگاه پزشکی قانونی مورد بررسی قرار گرفته و به این مورد اشاره شده از جمله عواملی که در طرح دعاوی، پزشک نتوانسته از خود دفاع کند، عدم تکمیل پرونده بیمار بوده‌است. نتایج این مطالعه نشان داد

که ۴۰ درصد دستیاران از جنبه‌های قانونی مستندسازی اطلاع داشتند، ۲۵/۲ درصد از نحوه کاربرد اختصارات در ثبت تشخیص نهایی و اعمال جراحی اطلاع داشتند (۱۱). در مطالعه دیگری که در دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۸۳ انجام شد میزان آگاهی، نگرش و عملکرد ۲۰۷ دانشجوی پزشکی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که اکثریت جامعه مورد بررسی نسبت به اصول پرونده نویسی، آگاهی ضعیفی داشتند (۱۲). در پژوهشی که توسط غفاری و همکاران انجام شد اجزا و پارامترهای مهم برنامه آموزشی دوره دکترای عمومی پزشکی برخی دانشکده‌های پزشکی معتبر و نوآور از قاره‌های مختلف جهان که به صورت هدفمند انتخاب شده‌اند، مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های فوق در برنامه آموزشی دانشکده پزشکی ایران در ۹/۱ درصد موارد به طور کامل و در ۵۴/۵ درصد به طور نسبی رعایت شده و متأسفانه در ۳۶/۴ درصد اصلاً رعایت نمی‌شود که نشانگر شکاف وسیع بین کوریکولوم آموزش پزشکی کشور با کوریکولوم‌های آموزش پزشکی دانشگاه‌های مورد مطالعه است (۱۳). با نگاهی اجمالی به مطالعات انجام شده درباره شرح حال گیری و معاینه دقیق بیماران مشخص می‌شود که آموزش پزشکی نتوانسته است به پزشکان آگاهی، نگرش و عملکرد کافی را منتقل نماید. از طرفی پزشکان عمومی بدلائل مختلف از انجام شرح حال گیری و معاینه دقیق بیماران اجتناب می‌کنند به نحوی که هر کدام مانعی را برای این عملکردشان ذکر می‌کنند. بنابراین باتوجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب اورژانس از موانع گرفتن شرح حال و انجام دقیق معاینه فیزیکی بیمار انجام شد.

روش‌ها

در مطالعه حاضر از تحقیق کیفی به روش تحلیل محتوی استفاده شد. این روش معمولاً زمانی استفاده می‌شود که هدف مطالعه تبیین پدیده تحت بررسی باشد (۱۴). هدف در این مطالعه تبیین تجارب پزشکان عمومی از موانع اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی دقیق بیمار در اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) شهربیجار، دانشگاه علوم پزشکی کردستان سال ۱۳۹۴ بود. باتوجه به اینکه تحلیل محتوی تجارب مشارکت‌کنندگان درباره این پدیده می‌تواند به توصیف و تبیین آن بیانجامد تحلیل کیفی محتوی رویکرد پژوهشی مناسبی برای هدف فوق بود که در آن کدگذاری و شکل‌گیری طبقات به طور مستقیم و با یک روش استقرایی از داده‌های خام بدست

می‌آید (۱۵-۱۴). این روش به منظور مطالعه محتوی ارتباط (گفتار، متون نگارش‌شده، مصاحبه‌ها و تصاویر) بکار گرفته می‌شود (۱۶). در این مطالعه سوال پژوهش این بود: «تجربه کاری شما درمورد موانع تاثیرگذار در عدم شرح حال گیری و معاینه فیزیکی دقیق چیست؟». در این پژوهش تعداد ۱۸ نفر از پزشکان عمومی شاغل در آن مرکز که حداقل به مدت چهار ماه در اورژانس مشغول بکار بودند و یا قبلاً حداقل به مدت چهار ماه در اورژانس فعالیت داشتند وارد مطالعه شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختار یافته بود این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن داده‌ها برای پردازش داده‌های کیفی مناسب است (۱۷). مصاحبه‌ها باز و نیمه ساختار یافته و با موافقت آگاهانه مشارکت‌کنندگان ضبط و به صورت بازنویسی تحلیل گردید. میانگین مدت مصاحبه بین ۱۵-۲۰ دقیقه بود که بصورت تک نفره انجام شد و تمامی آن‌ها پس از ضبط به صورت دست نوشته درآمد چند بار به این مصاحبه‌ها گوش داده‌شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوی کیفی استفاده‌شد. تحلیل محتوی کیفی به منظور تفسیر ذهنی محتوی داده‌های متنی بکار می‌رود و کدهای حاصل از داده‌ها از طریق یک طبقه‌بندی سیستماتیک مورد شناسایی قرار می‌گیرد (۱۸). در مصاحبه نیمه‌ساختارمند Semi-Structured Interview هرچند برای محقق، پرسش براساس اطلاعات از قبل لازم است اما سوالات از قبل مشخص نیست و جریان سوالات تا حدی متکی به سوالاتی است که در تعامل مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شونده پیش می‌آید (۱۵). بنابراین کدها براساس واحدهای معنایی برگرفته از توصیفات مشارکت‌کنندگان استخراج و براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه‌بندی گردید و واحدهای معنایی که بیانگر مفاهیم مشابه بودند درون کدها قرار گرفته و کدهای اولیه استخراج شدند و با ادامه غوطه‌وری در داده‌ها و جستجوی مستمر در بین کدها و باتوجه به هم‌پوشانی آن‌ها کدهای ثانویه استخراج و طبقه‌بندی شد. برای بالا بردن استحکام علمی (اعتبار داده‌ها) از روش‌های خاص تحقیقات کیفی مانند Peer Check، External Check و Member Check (پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه دوباره به مصاحبه‌شوندگان مراجعه و صحت مطالب استخراج شده با نظر وی بررسی مجدد شده و در صورت نیاز تغییرات لازم داده‌شد). همچنین تک‌تک متن مصاحبه‌ها، کدهای اولیه و کدهای ثانویه به اساتید بالینی و متبحر در تحقیق کیفی ارائه شد و نظرات آن‌ها گرفته و در استخراج و نام‌گذاری کدها و همچنین ادغام موارد مشابه مورد

یافته‌ها

داده‌های به دست آمده از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، نتیجه تجارب مشارکت‌کنندگان در عوامل دخیل در عدم گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی و ثبت آن بصورت دقیق به روش علمی و مبتنی بر تحقیقات کیفی بیان شده‌اند. در تجزیه و تحلیل داده‌ها تعداد ۴۳ کد اولیه استخراج شد که با در نظر گرفتن هم‌پوشانی و ادغام آن‌ها ۲۰ کد اولیه حاصل گردید. در ادامه بررسی و تحلیل مستمر داده‌ها به پنج کد ثانویه یا موانع اصلی طبقه‌بندی شد (جدول ۱):

- ۱- موانع آموزشی
- ۲- موانع فرهنگی
- ۳- موانع مادی یا جنبه‌های اقتصادی
- ۴- عدم آگاهی به مسایل قانونی
- ۵- نقص سیستم اجرایی و نظارتی

استفاده قرار گرفت. برای تضمین معتبر بودن (Credibility) یا اطمینان به صحت داده‌ها از تکنیک تلفیق زمان (نمونه‌گیری در شیفت‌های مختلف بخش اورژانس) استفاده شد. همچنین از شیوه حداکثر تنوع (Maximum Variance of Sampling) یعنی از پزشکان دارای سوابق کاری مختلف خدمت در بخش اورژانس استفاده گردید. مشکل مهمی که در اجرای این پژوهش مکرر اتفاق افتاد عدم انجام مصاحبه در وقت تعیین شده بود که به دلیل وجود بیمار در بخش اورژانس و مسایل شخصی پزشکان، زمان مصاحبه تغییر می‌کرد. در این مطالعه پس از اخذ رضایت آگاهانه، ملاحظات اخلاقی مانند انجام مصاحبه در محیط خصوصی، محرمانه ماندن تمام مصاحبه‌ها و حفاظت کامل آن‌ها و معدوم نمودن مصاحبه‌ها پس از استخراج نتایج و آزاد بودن مشارکت‌کنندگان از ادامه مصاحبه رعایت شده‌است.

جدول ۱: کدهای حاصل از تجارب مشارکت‌کنندگان از تاثیر برخی عوامل در عدم گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی به طور دقیق

کد سطح ۲	نمونه‌ای از تجارب مشارکت‌کنندگان
موانع آموزشی	"اکثر ما هنوز در گرفتن شرح حال گیری و معاینه فیزیکی اصولی مهارت کافی نداریم که به نحوه آموزش غیر اصولی و نادرست دوران تحصیل بر می‌گردد" "یکی از دلایل اصلی این امر نداشتن مطالعه و به روز بودن ما می‌باشد و توجه به اهمیت شرح حال برای رسیدن به تشخیص است که می‌توان گفت یک شرح حال باید تا ۸۰ درصد ما را به تشخیص برساند"
موانع فرهنگی	"یکی از دلایل مهم در عدم گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی این است که بیماران و همراهان بیمار شرح حال درستی نمی‌دهند و ما در این زمینه مشکل داریم که گاه اطلاعات غلط به ما می‌دهند" "بیماران در بیان مسایل جنسی و مسایل ژنیتال بیش از اندازه خجالتی هستند و اگر در این زمینه‌ها که با باور آنها کمی تناقض داشته‌باشد آن را بیان نمی‌کنند"
موانع مادی یا جنبه‌های اقتصادی	"چون تعرفه‌ها غیرواقعی است و مبنای دریافتی ما تعداد ویزیت بیشتر بیمار است ترجیح می‌دهم بیماران بیشتری را ویزیت کنم که این مقوله خود منجر به انجام معاینات سطحی می‌شود" "چون دریافت حق الزحمه در یک بیمار سرپایی و یک بیمار بدحال فرقی ندارد ترجیح می‌دهم بیشتر بیماران سرپایی را ویزیت نمایم که هم درآمد بیشتری داشته‌باشم و هم کمتر دچار دردسر شوم"
عدم آگاهی به مسایل قانونی	"یکی از مشکلات ما در زمینه شرح حال گیری عدم آگاهی از اهمیت مستندات برای جنبه‌های قانونی است" "حتی اگر شرح حال کامل بگیریم و معاینه فیزیکی دقیقی نیز انجام دهیم اکثر ما چون هنوز دچار مشکلات قانونی نشده‌ایم آن‌ها را ثبت نمی‌کنیم"
نقص سیستم اجرایی و نظارتی	"تعداد بیماران نسبت به تعداد پزشکان خیلی زیاد است و به همین دلیل کمبود وقت معاینه مانع انجام شرح حال گیری و معاینه فیزیکی دقیق می‌شود" "شیفت‌های متعدد و پشت سر هم توان جسمی ما را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود در شرح حال گیری و معاینه فیزیکی خیلی از نکات مهم نادیده گرفته‌شود" "چون هیچ مقام مسئولی بر کار پزشکان نظارت نمی‌کند ما خیلی خود را مکلف به این موضوع نمی‌دانیم و حتی در مواقع اخذ شرح حال و یا معاینه فیزیکی کامل ممکن است آن را ثبت نکنیم"

موانع آموزشی: یکی از تجاربی که اکثر مشارکت‌کنندگان به آن تاکید زیادی داشتند در این دسته قرار می‌گرفت. آن‌ها کراراً تاکید می‌کردند که سیستم آموزشی ما اصولی نیست، یعنی بین تئوری تا عمل فاصله زیادی هست.

پزشک شماره ۳ درخصوص علل آموزشی اظهارداشت "چون محیط کاری با محیط دوران تحصیل تفاوت فاحشی دارد بیشتر به روتین کاری اکتفا می‌کنیم و به مرور زمان اطلاعات دوران تحصیل نیز فراموش می‌شود".

پزشک شماره ۶ در این زمینه می‌گوید «اکثر ما هنوز در گرفتن شرح حال‌گیری و معاینه فیزیکی اصولی مهارت کافی نداریم که به نحوه آموزش غیراصولی و نادرست دوران تحصیل بر می‌گردد».

پزشک شماره ۱۰ اظهار داشت: «بیشتر تمرکز ما بر شکایت اصلی بیمار است چون که گرفتن شرح حال کلی و معاینه فیزیکی کامل ممکن است به یافتن نکات جدیدی منجر شود که هم باعث افزایش کار ما شود و هم ما در رسیدن به تشخیص دچار تردید شویم».

پزشک شماره ۱۲ در مصاحبه عنوان نمود: «یکی از دلایل اصلی این امر نداشتن مطالعه و به روز بودن ما می‌باشد و توجه به اهمیت شرح حال برای رسیدن به تشخیص است که می‌توان گفت یک شرح حال باید تا ۸۰ درصد ما را به تشخیص برساند».

موانع فرهنگی: فرهنگ هر جامعه یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار در مناسبات اجتماعی افراد در یک جامعه است که بر تمامی جوانب زندگی سایه می‌اندازد و آنها را تحت شعاع خود قرار می‌دهد و اکثر مشارکت‌کنندگان علل فرهنگی رایجی از مهمترین عوامل برشمردند؛

پزشک شماره ۱ در رابطه با علل فرهنگی در اظهارات خود بیان نمود: «یکی از دلایل مهم در عدم گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی این است که بیماران و همراهان بیمار شرح حال درستی نمی‌دهند و ما در این زمینه مشکل داریم که گاه اطلاعات غلط به ما می‌دهند».

پزشک شماره ۷ اظهار نمود: "عجله فراوان بیماران سرپایی و همراهان آن‌ها و اعتراض بیش از اندازه به معطل شدن مانع گرفتن شرح حال کامل و معاینه فیزیکی دقیق بیماران دیگر و حتی خود بیمار می‌شود".

پزشک شماره ۱۳ اظهار نمود: "بیماران در بیان مسایل جنسی و مسایل ژنیتال بیش از اندازه خجالتی هستند و اگر در این

زمینه‌ها که با باور آن‌ها کمی تناقض داشته‌باشد آن را بیان نمی‌کنند".

موانع مادی یا جنبه‌های اقتصادی: یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار در محیط کاری ما و ارایه خدمت ما به ارباب رجوع مسایل مادی است و اقتصاد نیز بر تمامی جوانب زندگی حتی انجام وظیفه تاثیر می‌گذارد که اکثر پزشکان این دلیل را نیز یکی از عوامل بر می‌شمردند؛

پزشک شماره ۹ در مصاحبه خود عنوان نمود: «چون تعرفه‌ها غیرواقعی است و مبنای دریافتی ما تعداد ویزیت بیشتر بیمار است ترجیح می‌دهم بیماران بیشتری را ویزیت کنم که این مقوله خود منجر به انجام معاینات سطحی می‌شود».

پزشک شماره ۴ در بیان تاثیر علل مادی اظهار نمود: «چون دریافت حق الزحمه در یک بیمار سرپایی و یک بیمار بدحال فرقی ندارد ترجیح می‌دهم بیشتر بیماران سرپایی را ویزیت نمایم که هم درآمد بیشتری داشته‌باشم و هم کمتر دچار دردسر شوم».

عدم آگاهی به مسایل قانونی: یکی از تجاربی که اکثر مشارکت‌کنندگان به آن تاکید زیادی داشتند عدم آگاهی به موارد قانونی معاینه و ثبت دقیق شرح حال بیماران اورژانس بود؛

پزشک شماره ۹ در مصاحبه خود بیان نمود: «حتی اگر شرح حال کامل بگیریم و معاینه فیزیکی دقیقی نیز انجام دهیم اکثر ما چون هنوز دچار مشکلات قانونی نشده‌ایم آن‌ها را ثبت نمی‌کنیم».

پزشک شماره ۱۷ گفت: «یکی از مشکلات ما در زمینه شرح حال‌گیری عدم آگاهی از اهمیت مستندات برای جنبه‌های قانونی است».

نقص سیستم اجرایی و نظارتی: در تمامی امور اداری و حتی سایر حرفه‌ها لازمه درست انجام شدن کارها داشتن یک سیستم اجرایی درست و همچنین سیستم نظارتی دقیق که مکمل آن است می‌باشد. از عوامل دیگری که اکثر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند به نحوه طراحی و اجرایی شدن معاینات توسط سیستم و همچنین عدم وجود سیستم نظارتی بود؛

در این خصوص پزشک شماره ۱۲ اظهار داشت: «تعداد بیماران نسبت به تعداد پزشکان خیلی زیاد است و به همین دلیل کمبود وقت معاینه مانع انجام شرح حال‌گیری و معاینه فیزیکی دقیق می‌شود».

ضعیف دانشجویان نسبت به اصول و فنون پرونده نویسی است (۱۲). این نتایج با تجارب پزشکان عمومی در محیط بالین همخوانی دارد و بیانگر فاصله بین تئوری تا عمل و کاستی‌های آموزش بالینی می‌باشد.

موانع فرهنگی: نتایج این پژوهش مبین موانع فرهنگی حاکم در بالین است که از جمله ندادن اطلاعات کافی و درست توسط بیماران به پزشکان اورژانس، عجله کردن مردم در حین معاینه و خجالت کشیدن در بیان مشکلات جسمی و غیره به عنوان موانع فرهنگی شرح حال‌گیری و معاینه صحیح بیماران بود.

در پژوهشی که توسط ترابی‌ان و همکاران در استان همدان انجام شد رضایت پزشکان خانواده را از قوانین و طرح بیمه‌های روستایی مورد مطالعه قرار دادند. یافته‌ها حکایت از آن داشت که به علت ناهماهنگی درون‌بخشی و تمایل و تقاضای بیماران برای مراجعه به متخصص و مشکلات اجرایی متعدد باعث شده این طرح به درستی اجرا نشود و موجبات نارضایتی پزشکان را نیز بوجود آورده و نتیجه‌گیری نمودند از دلایل عمده این امر این بوده که در زمان تدوین قوانین به فرهنگ عمومی مردم و شرایط واقعی در بالین توجه نشده است (۱۹).

موانع مادی یا جنبه‌های اقتصادی: در این پژوهش یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار در بخش اورژانس مسایل مادی بود. تعرفه‌های غیرواقعی، ویزیت تعداد بیشتری از بیماران، عدم تفاوت دریافت حق الزحمه در یک بیمار سرپایی و یک بیمار بدحال به عنوان موانع مادی در شرح حال‌گیری دقیق بدست آمد.

در مطالعه‌ای که نعمت الهی و همکاران انجام دادند فاکتورهای اقتصادی و عوامل وابسته به شغل بیشترین تاثیر را در انتخاب رشته داندن پزشکی رادردانشجویان مورد مطالعه داشت (۲۰). در پژوهشی که توسط حاجیان و همکاران انجام شد اکثریت دانشجویان رشته پزشکی را با علاقه و انگیزه انتخاب کرده و هدف اکثریت آن‌ها (۵۱/۵ درصد) کسب موقعیت اجتماعی بالا در جامعه است (۲۱). دانشجویانی که از ابتدا با انگیزه مادی وارد رشته پزشکی شده‌اند مطمئناً در حین کار بالینی نیز آن را مدنظر قرار خواهند داد و براساس دریافتی مادی، خدمت پزشکی ارائه خواهند کرد.

عدم آگاهی به مسایل قانونی: در این مطالعه یکی از تجاربی که اکثر مشارکت‌کنندگان به آن تاکید زیادی داشتند عدم آگاهی به موارد قانونی معاینه و مجازات قانونی عدم ثبت دقیق شرح حال بیماران اورژانس بود. این یافته‌ها با نتایج

پزشک شماره ۱۵ در مصاحبه عنوان نمود: «شیفت‌های متعدد و پشت سر هم توان جسمی ما را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود در شرح حال‌گیری و معاینه فیزیکی خیلی از نکات مهم نادیده گرفته شود».

پزشک شماره ۳ به این مساله این گونه اشاره نمود: «عدم تریاژبندی صحیح عاملی است که بیماران دچار بیماری سرپایی مانع از ویزیت کامل بیمار دچار مسایل حاد می‌شوند» پزشک شماره ۱۳ در مصاحبه عنوان نمود: «چون هیچ مقام مسئولی بر کار پزشکان نظارت نمی‌کند ما خیلی خود را مکلف به این موضوع نمی‌دانیم و حتی در مواقع اخذ شرح حال و یا معاینه فیزیکی کامل ممکن است آن را ثبت نکنیم».

بحث و نتیجه‌گیری

موانع آموزشی: گرفتن شرح حال کامل و انجام معاینات فیزیکی، به پزشک کمک می‌نماید تا ضمن تشخیص صحیح بیماری، برنامه مراقبت و درمان بیمار را به درستی طراحی کند. موانع آموزشی ذکر شده در اجرای صحیح و کامل معاینه فیزیکی و شرح حال نویسی در این پژوهش، با مطالعات متعددی همخوانی دارد. در پژوهشی توصیفی-مقایسه‌ای که توسط غفاری و همکاران انجام شد اجزاء و پارامترهای مهم برنامه آموزشی دوره دکترای عمومی پزشکی برخی دانشکده‌های پزشکی معتبر و نوآور از قاره‌های مختلف جهان که به صورت هدفمند انتخاب شده‌اند مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های فوق در برنامه آموزشی دانشکده پزشکی ایران در ۹/۱ درصد موارد به طور کامل و در ۵۴/۵ درصد به طور نسبی رعایت شده و متأسفانه در ۳۶/۴ درصد اصلاً رعایت نمی‌شود که نشانگر شکاف وسیع بین کوریکولوم آموزش پزشکی کشور با کوریکولوم‌های آموزش پزشکی دانشگاه‌های مورد مطالعه است (۱۳). در مطالعه دیگری در بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده‌نویسی در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران در سال ۱۳۸۳ انجام شد میزان آگاهی، نگرش و عملکرد ۲۰۷ دانشجوی پزشکی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود اکثریت جامعه مورد بررسی نسبت به اصول پرونده‌نویسی، آگاهی ضعیفی داشتند و اکثریت پاسخگویان نسبت به کامل بودن پرونده پزشکی بیماران، اهمیت و جایگاه آن در عرصه درمان، آموزش و پژوهش نگرش خوبی داشتند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند ناقص بودن پرونده‌های پزشکی ناشی از آگاهی

مطالعات دیگر همخوانی دارد. در مطالعه که در دانشگاه علوم پزشکی سمنان توسط کاهویی و همکاران انجام شده بود میزان آگاهی و عملکرد دستیاران و دانشجویان پزشکی نسبت به مستندسازی مراقبت‌های ارایه شده پزشکی از دیدگاه پزشک قانونی مورد بررسی قرار گرفته و به این مورد اشاره شده که از جمله عواملی که در طرح دعاوی پزشک نتوانسته از خود دفاع کند، عدم تکمیل پرونده بیمار بوده است. در این مطالعه وضعیت عملکرد و آگاهی ۱۳۴ دانشجو و دستیار پزشکی نسبت به اصول مستندسازی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داده است که فقط ۴۰ درصد دستیاران از جنبه‌های قانونی اصول مستندسازی آگاهی داشته (۱۱). در مطالعه‌ای که توسط کیمیافر و همکاران در مشهد انجام شد به بررسی کمی اطلاعات پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی و تأمین اجتماعی شهر مشهد پرداختند. نتایج این بررسی نشان داد که فرآیند مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط ارائه‌کنندگان مراقبت بسیار ناقص انجام می‌گیرد و این امر موجب از دست رفتن اطلاعات مورد نیاز و خدشه‌دار شدن ظرفیت‌های موجود در پرونده پزشکی بیماران برای استفاده اشخاص حقیقی و حقوقی خواهد شد (۲۲).

نقص سیستم اجرایی و نظارتی: در این پژوهش عدم وجود یک پروتکل واحد برای معاینات بیمار در بیمارستان و همچنین عدم وجود سیستم نظارتی، کمبود وقت، شیفت‌های متعدد، عدم وجود سیستم تریاژ، و عدم نظارت بر کار پزشکان به عنوان موانع انجام صحیح شرح حال‌گیری و معاینه دقیق بیماران در بخش اورژانس بدست آمد. در تایید این یافته مطالعه مشعوفی و همکاران که بر روی بررسی فرآیند مستندسازی مدارک پزشکی پرونده‌های بالینی توسط پزشکان در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، در سال ۱۳۸۰ انجام شد، نتایج نشان داد که فرآیند مستندسازی پرونده‌های

پزشکی توسط پزشکان، به عنوان اصلی‌ترین گروه‌های ارایه کننده مراقبت‌های بهداشتی درمانی، به طور ناقص انجام می‌شود. این امر علاوه بر از دست دادن اطلاعات بیماران بستری می‌تواند اثرات سوء در فرآیند درمانی بیماران داشته باشد، بنابراین توجه بیشتر مسئولین، پزشکان و کارشناسان مدارک پزشکی به این امر را ضروری می‌دانست (۲۳). در پژوهشی که توسط زینالو و همکاران در مورد بررسی روند پیشرفت برنامه راهبردی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۸۷ انجام شد یافته‌ها نشان می‌داد مشکلات و موانع از قبیل کمبود نیروی انسانی و کمبود بودجه و اعتبارات در تحقق اهداف تأثیر داشت که حل این مشکلات تعهد همه جانبه و ایجاد انگیزه در تمام مدیران و کارکنان از طریق مشارکت و درگیر نمودن در تمام مراحل برنامه‌ریزی استراتژیک را طلب می‌کند (۲۴). به‌طور کلی نتایج نشان‌دهنده پنج مانع اصلی در شرح حال‌گیری و معاینه دقیق بیمار بود. مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که رفع این موانع، نیازمند توجه و نظارت دقیق بر فرآیند شرح حال‌گیری و معاینه فیزیکی دقیق بیمار در بخش‌های اورژانس و آموزش مستمر علمی و فرهنگی پزشکان و جامعه می‌باشد.

در این مطالعه کدهای دیگری نیز ممکن است وجود داشته باشد که از دید پژوهشگر پنهان مانده است و یا موارد دیگری وجود داشته که مصاحبه‌کنندگان بیان ننموده‌اند. همچنین یکی از محدودیت‌های این پژوهش کمبود اقدامات پژوهشی بود که در این زمینه انجام شده است.

قدردانی

پژوهشگر بر خود لازم می‌داند تا از تمامی پزشکانی که در راستای انجام این پروژه تحقیقاتی تجارب ارزنده خود را با پژوهشگر در میان نهادند تشکر و قدر دانی نماید.

References

- 1- Jose JA. History taking. Work 2012; 41 (1): 5369-70.
- 2- Hampton , Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical out patients. Br Med J 1975; 31; 2 (5969): 486-489.
- 3- Esmaeili M, Abazari H, MohammadiKenari H. "Comparison of Medical Students and Pediatric Residents Practice in Medical Records at Amirkola Children Hospital. J Babol Uni Med Sci 2010;12 (5): 106-111. [Persian]
- 4- Murphy BJ. Principles of good medical record documentation. J Med Pract Manag 2001; 16 (5): 258-60.

- 5- Farzandipour M, Mediani Z, Jeddi R, Gilasi H, ShokrizadehArani L, Mobarak Z. [The effect of educational intervention on medical diagnosis recording among residents in Kashan University of Medical Sciences]. Iran J Med Edu 2012; 12 (1): 90-98. [Persian]
- 6- Kahooei M, Askari Majdabadi H. [The quality survey of medical students and assistants practice in history taking and physical examination of patients]. koomesh 2001; 3 (1-2): 45-52. [Persian]
- 7 - Bickley LS, Bates B, Szilagyi PJ. Bate's guide to physical examination and history taking. 9th Ed. Boston: Lippincott Williams & Wilkins Co; 2007.
- 8- Cash-Gibson L, Pappas Y, Car J. Computer-assisted versus oral-and-written history taking for the management of cardiovascular disease (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 3Art.
- 9- Bessant R. The Pocket book for PACES. 1st ed. USA: Oxford University Press; 2012.
- 10-Khazaei Z, Khazaei T, Namayi M, Jananeh E. [The effective and preventive factors of taking patients' history from the View point of the students of Birjand Medical School in 2010-2011] The Journal of Medical Education and Developmen 2012; 8(1): 14-21. [Persian]
- 11-Kahooei M, Taherian A, Baba Mohammadi H, Kaghobadi S. [Medical assistants and students' knowledge and practice rate regarding documentation of care provided to patients from medical discipline aspect in Semnan Medical University, 2000-01]. JBUMS 2003; 5 (5):67-73.[Persian]
- 12- Balaghafari A, AliGolbandi K, Siamian H., Zakeezadeh M, Kahouei M, Yazdani Charati A. [study on the rate of knowledge, attitude and practice of medical students towards method of medical records documentation at Mazandaran University of medical sciences affiliated therapeutic and teaching centers 2003]. J Mazandaran Uni Med Sci 2006; 15 (49):73-80.[Persian]
- 13- Gaffari R, Amini A, Yazdani SH, Alizadeh M.[Comparative Study: Curriculum of Undergraduate Medical Education in Iran and in a Selected number of the World's Renowned Medical Schools]. Iran J Med Edu 2012; 11 (7): 819-832. [Persian]
- 14- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-88.
- 15-Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. [cited 2010 May 7]; Available from: URL:http://www.ils.unc.edu/~yanz/Content_analysis.pdf
- 16-Adib Hajbagheri M. [Grounded theory methodology: the way of theorizing in the humanities and health]. Tehran, Iran: Boshra Publication; 2006. [Persian]
- 17- Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. Washington DC: SAGA publications INC; 2013.
- 18-Corbin J. Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Washington DC: SAGA publications INC: 2008
- 19- Torabian S, Damari B, Cheraghi M. [Rural Insurance: family physicians' satisfaction]. J Iran Institut Health Sci Res 2014; 13: 561-573. [Persian]
- 20-Neamatollahi H ,Mehrabkhani M ,Ghafarpour S , Ghasemi A. [Evaluation of Mashhad Dental School Students' motives and viewpoints on their Career choices in 2010]. J Mash Dent Sch 2014; 38(1): 71-84. [Persian]
- 21-Karim A, Hajian A, Nasiri M. [Assessment of future attitude of medical students at the Babol University of Medical Sciences (1382). J Babol Uni Med Sci 2006; 8(1): 86-95. [Persian]

- 22- Kimiafar Kh, Vafae Najar A, Sarbaz M. [Quantitative investigation of in patients' medical records in training and social security hospitals in Mashhad]. J Allied Health & Rehab Sci 2015; 4 (1): 58-67. [Persian]
- 23- Mashoufi M, Rostami K, Mardi A. [Documentation of medical records by physicians in the hospitals under Ardabil University of Medical Sciences, 2001]. J Ardabil Univ Med Sci 2006; 6 (1): 73-77. [Persian]
- 24- Zeinaloo A, Hosseini M, Asefzadeh S. [Assessing the progress of strategic plan in Qazvin University of Medical Sciences, 2008-2009]. JQUMS2010; 13 (4): 77-82. [Persian]

Exploration of Emergency Physician's Experiences on Barriers of Precise Patient History Taking And Physical Examination: A Qualitative Study

Poorgharehkhani A¹, Hekmatpu D^{2*}, Mahdavian N³, Zarie M⁴, Karimi O⁵

Received: 2015/10/26

Accepted: 2016/01/06

Abstract

Introduction: History taking and physical examination help physician diagnose disease also, plan patient management correctly. Considering the effectiveness of many factors on patient history, this study with the goal of exploration of emergency physician's experiences on barriers of precise patient history taking and physical examination was done.

Method: This is a qualitative content analysis research. After purposeful sampling, semi structured interviews were held with 18 physicians in Kurdistan University of Medical Sciences. Each interview was recorded and transcribed verbatim and then analyzed using the content analysis method.

Results: Based on the participant's experiences, primary codes of barriers on history taking and physical examination were obtained. Then after integrating or eliminating the overlapping codes, 5 secondary codes or main barriers including: Educational barriers, Cultural barriers, Economic barriers, no knowledge on legal issues, and defect of supervision and administration systems were found.

Conclusion: The findings showed five main barriers of patient's history writing. All participants emphasized that resolving these barriers need to precise supervision on history taking and physical examination in emergency wards and continuing scientific and cultural education for physicians and community.

Keywords: Content analysis, emergency physicians' experiences, physical examination, Qualitative study

Corresponding Author: Hekmatpu D, Nursing dept, Arak University of Medical Sciences Sciences , Arak, Iran. dr_hekmat@arakmu.ac.ir

poorgharehkhani A, nursing dept, Kordestan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Mahdavian N , dentist , Kordestan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Zarie M , physician , Kordestan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Karimi O , physician , Kordestan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.